Al Chiar.mo Prof. Vanzetti omaggio devoto [signature]

Dott. MARCELLO PEPERE

# SU I COSÌ DETTI "SARCOMI A MIELOPLASSI" DELLE GUAINE TENDINEE

Estratto da
« Atti e memorie della Società Lombarda di Chirurgia »
Vol. II. - N. 14 – Seduta del 6 Luglio 1934 - XII



MILANO
INDUSTRIE GRAFICHE ITALIANE STUCCHI
1934

# Su i così detti "sarcomi a mieloplassi" delle guaine tendinee

Dott. MARCELLO PEPERE

Questione dibattuta da tempo e ancor oggi non completamente risolta è quella della classificazione di un particolare gruppo di neoformazioni che, per le sue sedi di insorgenza e per la sua costituzione istologica, viene da alcuni inserito nel gruppo dei blastomi e da altri in quello delle proliferazioni infiammatorie, nei granulomi.

Interpretate dapprima come sarcomi vennero in seguito da questi distinti con l'aggiunta della denominazione « a mieloplassi » per la presenza di particolari elementi gigantocellulari.

Osservazioni non molto recenti misero in evidenza che tali neoformazioni non avevano un solo punto di insorgenza, il tessuto osseo, ma anche il tessuto tendineo e delle attigue guaine ed anzi vi fu chi (*Vogt*) credette opportuno, mancando un sufficiente orientamento sulla loro natura e quindi una precisa classazione, sostituire alla denominazione « sarcomi a mieloplassi » quella più generica di tumori paratendinei. Mentre per una gran parte di AA. è riconosciuta una origine sarcomatosa o per meglio dire sarcomatoide con cellule fusate o rotonde a scarso citoplasma, disseminate in uno stroma abbondante, ecc.; secondo altri, invece, è negata una origine blastomatosa apparendo più corrispondente alle immagini istologiche l'interpretazione di granulomi, di prodotti cioè dovuti ad uno stato infiammatorio.

La riconosciuta quasi totale benignità di tali tumori è stato elemento non indifferente per una loro esclusione dal quadro comune dei sarcomi e questo, unito alla presenza di

particolari elementi polinucleati, all'abbondanza di connettivo adulto, alla scarsezza di cellule connettivali embrionali, alla presenza di vasi a completo sviluppo, ha influito ancor più a segnare barriere nette fra i tumori in esame ed i sarcomi.

Già *Hertaux* e *Malherbe* li avevano denominati mielomi. Tale denominazione, oltre ad essere impropria non rispecchiando essi fedelmente il quadro istologico di questi ultimi, non apportava elementi sufficienti per suffragare l'origine blastomatosa essendo ancor oggi i mieloni considerati dalla maggioranza degli autori non come entità blastomatose a sè ma piuttosto come forma morbosa sistemica (*Pappenheim, Lubarsch, Hrischfeld, Donnars, Kauffmann, Fränkel,* ecc.).

Altri AA. credettero opportuno considerare i tumori a cellule giganti sotto altri tipi: tumori mieloidi (*Paget*), mieloendoteliomi (*Bellamj*), tumori a mieloplassi (*Nelaton, Agrifoglio*), sarcomi mieloidi (*Cornil*), sarcomi osteoclastici (*Stewart*), mieloxantomi (*Dor*), xantosarcomi (*Heller, Kammer, Weil*), sarcomi gigantocellulari xantomatodi emosiderinoferi (*Spiess*), tumori gigantocellulari xantomatosi (*Albertini, Gast* e *Zurhelle*).

La denominazione ricordante gli xantomi o forme che ad essi si avvicinano è dovuta al fatto che molti AA. hanno riscontrato nelle neoformazioni in esame cellule schiumose, risultanti di una massa protoplasma vacuolare per la cui morfologia si potevano riportare nell'ambito delle cellule xantomatose.

A parte le difficoltà di poter nettamente ascrivere a tale tipo cellulare gli elementi esaminati sta il fatto che anche con l'averli così denominati non si è apportato al dibattito alcun dato risolutivo dato che anche in quel campo esistono non poche divergenze di interpretazioni essendo gli xantomi considerati da alcuni come veri blastomi, da altri come espressione di grave colesterinemia, da altri ancora solo come forma speciale più o meno stabile che possa essere assunta da tumori di natura diversa nel loro ciclo di evoluzione.

D'altra parte il non essere stata riscontrata da tutti gli

osservatori la presenza di cellule xantomatose (cellule isolate o riunite in piccoli gruppi, voluminose, di forma un po' varia, con materiale birifrangente nel corpo cellulare se esaminate a fresco, costituito da eteri di glicerina e colesterina ed altri grassi) è già buon elemento per mettere sull'avviso che volta a volta si sia trattato di tessuti a costituzione diversa.

Da tener conto ancora che si possono avere quadri di cellule pseudoxantomatose forniti da elementi macrofagici in una loro particolare fase di attività (ingestione di grassi e lipoidi).

Potrebbe quindi darsi il caso che le diverse osservazioni abbiano colto tali elementi in fasi precedenti o successive a quelle sopra descritte. Ciononostante dobbiamo riconoscere, data l'attendibilità di quanto affermano gli AA., la possibilità dell'esistenza di tali formazioni sebbene queste non siano molti frequenti.

La costante presenza di elementi gigantocellulari somiglianti ai mieloplassi è stato il fatto che ha indotto molti AA. a collegare affinità istogenetiche con i mieloni.

È potuto sembrare poco verosimile il ritenere che due matrici così differenti per substrato anatomico e funzionale (midollo osseo e guaina tendinea) siano capaci di dar luogo a neoformazioni di aspetto eguale anche se si vuol tener conto del grado di atipicità dei tessuti al loro stato embrionale: e su tale considerazione il *Venot* fu indotto a pensare che i mielomi non avessero il loro punto di insorgenza dalle guaine tendinee bensì da frammenti osteo-periostei sottostanti ad esse spostatisi e allogatisi nelle parti molli vicine in seguito ad un trauma.

Tale induzione era suffragata da un caso occorsogli in cui il tumore situato sulla faccia plantare dell'alluce presentava piccole propaggini addentrantisi nel midollo osseo della falange. Per altri (*Schattoch, Tourneaux, Kuettner*) si avvererebbe invece la possibilità di inclusioni embrionarie nelle guaina tendinea che ad un dato momento della vita entrerebbero in attiva proliferazione, secondo quanto insegna la

nota teoria *Durante-Conheim*, venendo così ad aversi lo stesso quadro che si osserva, per quanto di rado, nelle epulidi in cui germi ossei aberranti possono dare formazioni gigantocellulari anche in seno a parti molli quali la mammella (*Lecene*) e la lingua (*Aloi*).

Altri infine (*Fleissig, Bohnome, Crucillà, Paolucci, Berti, Mario*) considerano tali neoformazioni come granulomi di natura infiammatoria, da causa non bene precisabile, basandosi principalmente sui caratteri dello stroma, sulla presenza di cellule plasmatiche e sulla neoformazione vasale del tipo di quella che si riscontra nei tessuti granulomatosi.

Anche sulla genesi delle cellule giganti esistono divergenze di opinioni : *Malherbe, Hertaux, Martini, Lenzi* e *Abetti, Bonjour*, le considerano il risultato della fusione di più cellule mieloidi provenienti alla lor volta dalla trasformazione del tessuto costituente le guaine tendinee sul quale si impianta il tumore. *Pilliet, Mauclaire, Bellamy, Stewart, Adami*, le considerano cellule vasoformative venendo alla conclusione di trattare questi tumori alla stessa stregua di alcuni angiosarcomi.

Ho avuto occasione di studiare un caso riguardante un uomo dell'età di 35 anni, di professione impiegato il cui anamnestico non rivela alcunchè di importante per l'affezione per la quale richiede l'intervento del chirurgo.

Da circa tre anni si è accorto, senza causa apparente, della comparsa di una piccola tumefazione alla faccia palmare del pollice della mano sinistra in corrispondenza dell'articolazione delle due falangi, della grandezza di un fagiuolo, di consistenza piuttosto dura, poco spostabile su i piani profondi, limitatamente in senso trasversale non in senso longitudinale, poco dolente sia spontaneamente che alla palpazione.

Tale tumefazione col passare del tempo prendendo contorni più netti, aumentando molto lentamente di volume ma sempre in modo graduale, ha raggiunto il volume di una grossa nocciuola assumendo una forma grossolanamente trilobata. La cute soprastante è relativamente bene spostabile. I movimenti di flessione ed estensione del dito sono normali.

Il paziente giunto, alla nostra osservazione, riferisce che decide a sottoporsi all'intervento operativo perchè, data la sua professione, l'affezione crea intralcio all'esplicazione delle sue normali mansioni di lavoro.

L'anamnestico fa scartare una infezione luetica pregressa — una reazione Wassermann dà risultati negativi — e così dicasi per l'eventualità di una causa traumatica che viene in modo reciso scartata dal paziente. Viene anche rigettata l'ipotesi di una lesione a fondo tubercolare non avendone la tumefazione i caratteri (precoce comparsa del dolore e di disturbi funzionali, forma cilindrica fusata a limiti non netti molto estesa) ed essendo stato un esame generale dell'ammalato negativo per lesioni Kochiane.

Fig. 1.
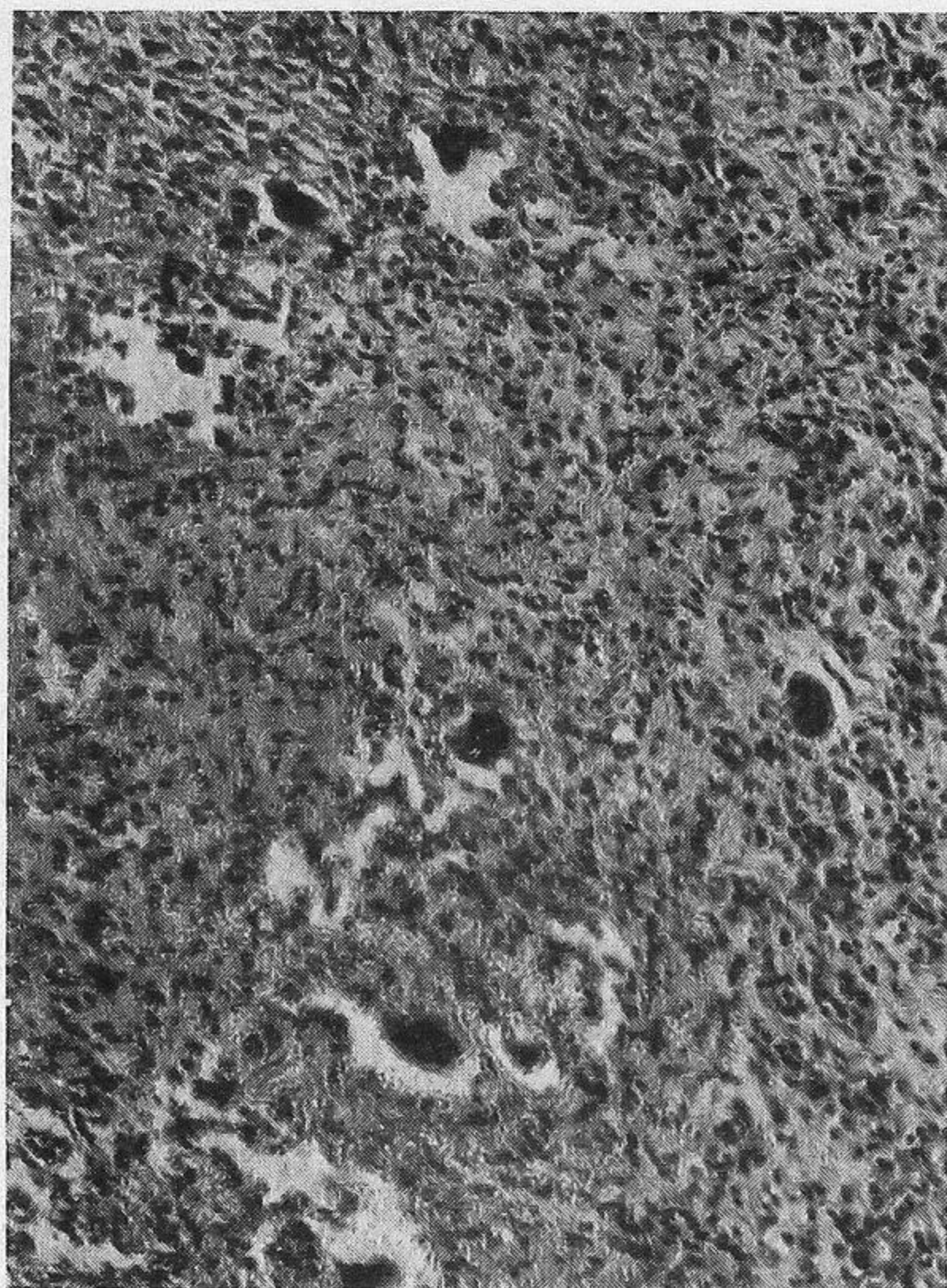
Fig. 2.

Un esame accurato delle diverse stazioni linfo-ghiandolari e precipuamente di quelle del gomito e dell'ascella del lato interessato non mettono in rilievo alunchè di notevole.

Un esame radiografico eseguito nelle proiezioni dorso palmare e palmo dorsale non mette in rilievo lesioni dello scheletro nè segni di addensamento periosteo. La massa trilobata ha tonalità d'ombra a tipo fibroso (fig. 1).

In anestesia locale novocainica, previa incisione della cute e sottocutaneo con taglio longitudinale della lunghezza di circa due cm., si giunge sulla guaina del flessore lungo del pollice all'altezza dell'articolazione fra prima e seconda falange. Scollando il tessuto limitrofo si giunge facilmente sul tumore che viene rispettato fino ad individuarne nettamente la sede di impianto. Esso aderisce intimamente alla guaina tendinea del lungo flessore del pollice per una base

di impianto di circa un centimetro e mezzo. Completo rispetto del tendine.

Il tumoretto appare nettamente delimitato, rivestito da una specie di capsula, eccetto che verso la base ove era intimamente aderente alla guaina, a superficie liscia lobulata, di consistenza duro elastica.

Con il bisturi lo si asporta con la parte della parete della guaina alla quale è aderente.

Sutura in seta dei tessuti e della cute. Guarigione per prima intenzione.

La superficie di sezione del tumoretto all'esame macroscopico appare liscia, relativamente resistente, di colorito giallastro con chiazze rossastre sparse qua e là.

L'esame istologico è stato eseguito su pezzi di tessuto fissati adeguatamente allo scopo che si siamo ripromessi.

La tumefazione appare circondata per buona metà della sua periferia da una capsula relativamente spessa formata in gran parte da numerosi fasci connettivali compatti tanto che riesce difficile mettere in evidenza fra di essi sostanza cementante e in piccola parte da fasci più o meno divaricati in mezzo ai quali notasi sostanza jalina con pochi nuclei piccoli ben colorati a tipo linfocitoide.

La capsula manca sul restante contorno della massa là dove è stata praticata l'exeresi corrispondentemente alla base di impianto.

Ad un primo sguardo generale si può già osservare che due tessuti fondamentali sono i principali costituenti del pezzo in esame: la parte più estesa è data da tessuto compatto ricco di cellule svariate per forma e volume e di sostanza cementante amorfa, tingibile con i colori acidi di anilina; quella meno estesa da tessuto nettamente areolare in mezzo al quale si insinua il tessuto precedentemente ricordato ora con propaggini nettamente individuabili ora invece a mò di isolotti di estensione però limitata. Sia nel tessuto compatto che in quello areolare, ma più nel primo che nel secondo, a più forte ingrandimento si rilevano grosse cellule polinucleate con abbondante citoplasma (fig. 2). La loro disposizione è delle più irregolari non preferendo esse particolari zone di predilezione. Esse appaiono circoscritte in cavità alcune delle quali rivestite da tenui fibrille connettivali che vengono a formare una parvenza di capsula e da cellule appiattite endoteliformi o rigonfie con nucleo bene tingibile.

Talvolta all'intorno di queste cavità si notano cellule a disposizione perivascolare a mantello anch'esse tumide, molto irregolari nella forma, talvolta in degenerazione grassa o idropica e spesso con iniziali atteggiamenti verso la costituzione di cellule giganti. Tali elementi giganteschi spesso mostruosi sono di volume vario fino ad un massimo di 40-50 volte più grandi delle altre cellule, il numero dei nuclei oscilla da 5 a 30 e più, ammassati per lo più verso un polo, in qualcuna solo centralmente (fig. 3). Le caratteristiche morfologiche e istochimiche dei nuclei rispecchiano fedelmente quelle dei nuclei delle altre cellule che verrò descrivendo, anzi in prossimità di molte

cellule giganti si possono cogliere i momenti di avvicinamento e di fusione di questi ultimi con i primi.

La sostanza compatta in parte amorfa già precedentemente descritta ci si rivela con i caratteri del connettivo jalino e in mezzo ad esso si notano moltissime cellule di aspetto e volume vario.

Accanto a cellule con nucleo relativamente piccolo con 2-3 nucleoli e scarso citoplasma, che costituiscono la massa preponderante, se ne osservano altre di volume più grande in cui i rapporti citoplasmo-nucleari sono, relativamente alle prime, modificati nel senso della scarsezza del citoplasma e della grandezza del nucleo che si presentano con corpo nucleare chiaro vescicolare con numerosi nucleoli e granulazioni cromatiche alcune in stato di cariorexi altre in attività macrofagica, e se ne osservano infine altre ancor più voluminose con rapporti nucleari esageratamente sviluppati in confronto a quelli citoplasmatici; il nucleo è ordinariamente spinto verso la periferia dell'alone citoplasmatico e presenta abbondanti granulazioni cromatiche, e uno o più nucleoli. Una gran parte di questi elementi ha chiare note di metamorfosi regressiva.
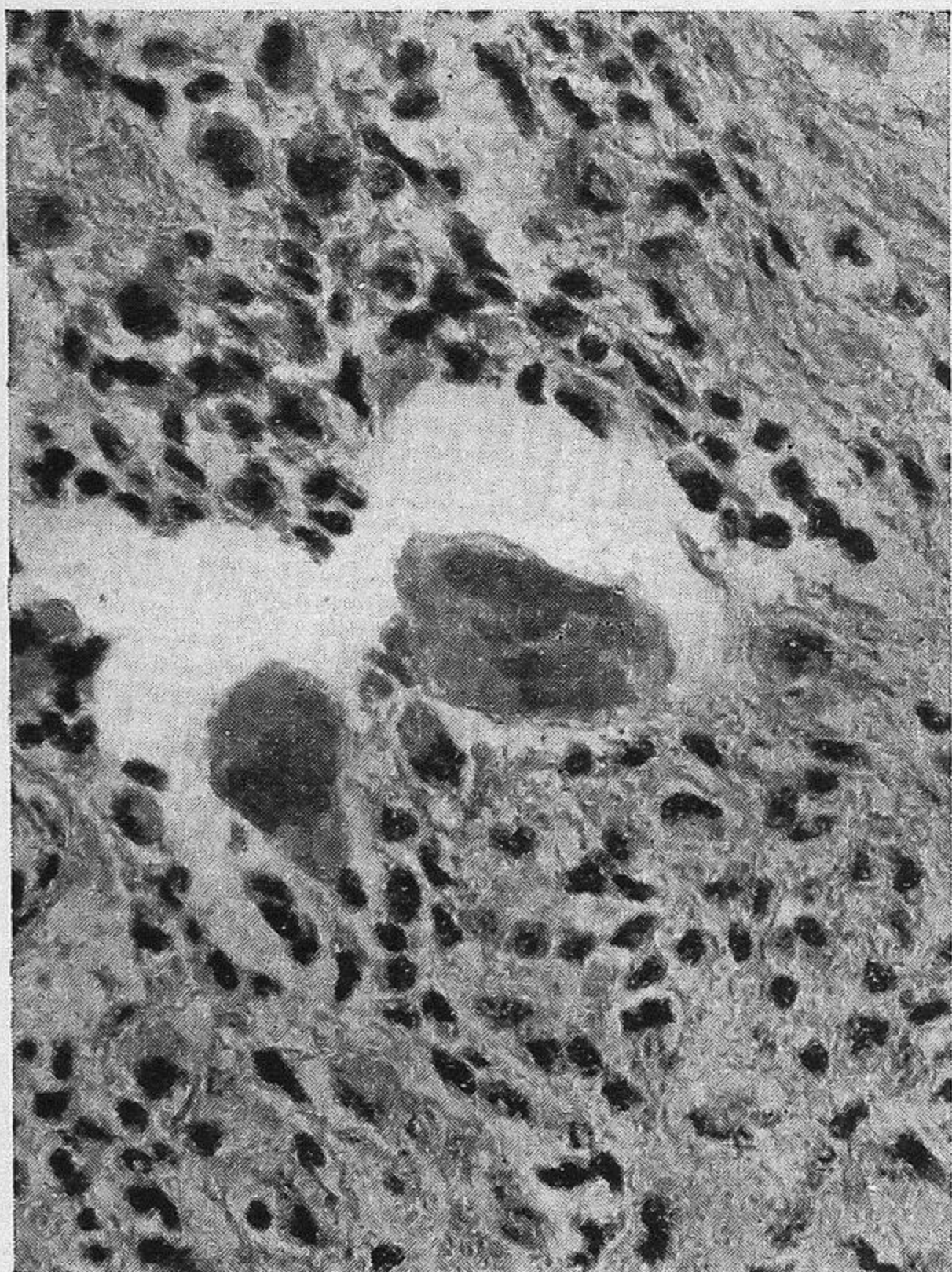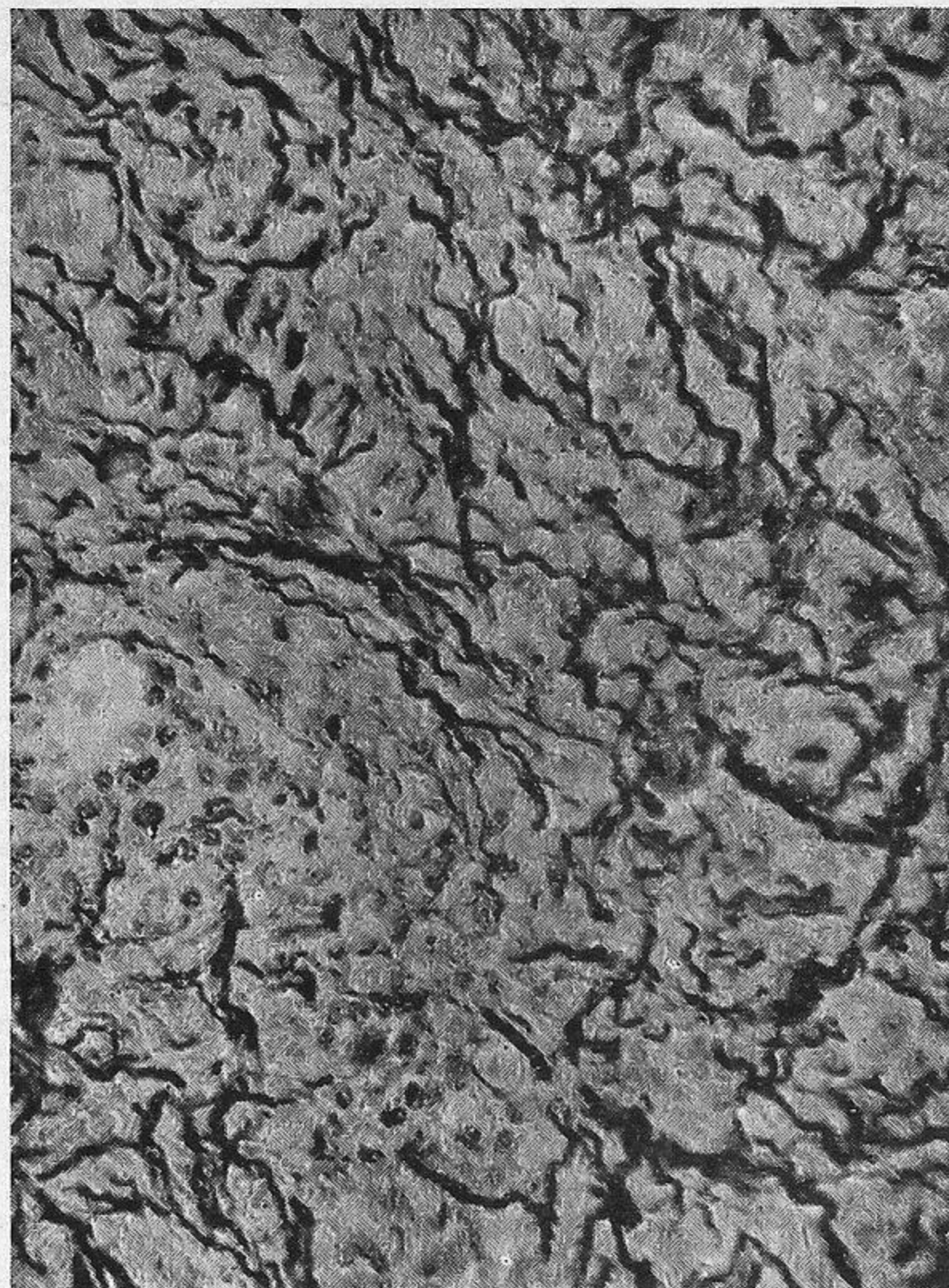
Fig. 3.

Fig. 4.

Inoltre a completare l'immagine istologica concorrono fibroblasti e fibrociti ed elementi endoteliali in diversa fase di accrescimnto proliferativo.

Abbondante pressochè ovunque la vascolarizzazione, in alcuni di-

stretti con vasi ben conformati a pareti robuste con netta evidenza degli elementi elastici, in altri con vasi a lume ristretto a pareti fortemente ispessite e circondate da anelli concentrici di tessuto connettivo, in altri ancora da vasellini limitati dal solo strato endoteliale le cui cellule si presentano in gran numero ed in avanzata proliferazione. Ordinariamente sono vuoti di elementi sanguigni.

In alcuni canali vascolari è evidente la procidenza nel lume di grosse cellule polinucleate provenienti dagli elementi della parete.

Con la colorazione del connettivo questo ci si presenta senza una disposizione regolare, ma qua e là ora a formare grossi fasci, ora invece a funzione di impalcatura di sostegno con grosse trabecole che a mano a mano, diramandosi, terminano in sottili fibrille.

Il sistema delle Gietterfasern ci si mostra con grosse travate e scarso reticolo sottile, a maglie esili solo in qualche punto, e con disposizione irregolare (fig. 4).

Non si notano tracce di fibre nervose e tanto meno di cellule nervose.

Esiste una pigmentazione emosiderinica rivelatasi con le reazioni appropriate, non molto abbondante e sparsa senza particolare predilezione per una zona o l'altra del tessuto.

Da quanto ho esposto precedentemente sui criteri che dominano nella interpretazione di queste produzioni a carico delle guaine tendinee appare come la maggior parte degli AA. propenda per la forma blastomatosa, ma non manca chi discutendo particolarmente su i reperti istologici tenda ad una interpretazione diversa ascrivendo alla categoria dei granulomi di origine non bene accertabile i tumoretti in esame.

La presenza di *Plasmazellen* riscontrata da tutti coloro che li considerano neoformazioni infiammatorie potrebbe essere un elemento di buon valore per suffragare questa ipotesi; sebbene elementi plasma-cellulari possano anche trovarsi in seno a tessuti blastomatosi o per particolari attività biochimiche del tessuto neoplastico o, particolarmente, là dove, ai limiti del neoplasma, viene a formarsi quell'alone più o meno continuo di tessuto flogistico di attività reattiva o difensiva (comunque intesa, ora con prevalenza di cellule eosinofile, ora di cellule plasmatiche, ecc.), dell'organismo ospite verso la formazione tumorale.

Ma già elemento chiarificatore che fa propendere la diagnosi più verso una ipotesi che verso l'altra potrebbe essere sia la loro quantità che la loro disposizione. Di solito in questi

tumori esse sono abbondantemente sparse secondo qualcuno (*Berti*) senza una netta e precisa demarcazione, secondo altri (*Mario*) in vicinanza dei vasi e negli intimi strati del connettivo.

Nel caso da me descritto, che da solo in vero non può portare a generalità di vedute, oltre alla presenza di elementi plasmacellulari si sono presentati quadri di neoformazione vasale di tutti i gradi: dai piccoli vasellini con pareti costituite unicamente da esile strato endoteliale ad altri già con abbozzo dei diversi strati e con costituzione già perfetta dell'intima ad altri ancora completamente formati con pareti di spessore e di costituzione perfettamente normali.

Tale osservazione non credo possa essere di secondaria importanza quando, scorrendo la bibliografia, noto che il reperto della maggioranza degli AA. è stato solo di vasi a completo sviluppo.

Una certa importanza inoltre credo che vada attribuita al numero di essi; in alcuni distretti dei miei preparati istologici si osserva una quantità innumerevole di vasi di ogni calibro e di ogni costituzione nei riguardi della parete, così da assumere in qualche tratto aspetti pseudoangiomatosi. Non ho mai osservato nei riguardi dei vasi, la costituzione o l'accenno a costituzione di lacune vascolari quale si nota nei così detti linfoangioendoteliomi dei quali qualche caso la bibliografia registra a carico delle guaine tendinee (*Faldini*) o negli angiomi (*Salici*).

Sull'elemento fondamentale costituente la massa in esame, cioè su quello cellulare, in base a quanto ho finora detto, potrei affermare che il tipo delle cellule, può essere riportato a quello degli istiociti. In altri distretti, e questi di grande estensione, ancora ci si presenta un quadro paragonabile al tessuto di granulazione con abbondanza di fibroblasti e fibrociti, con vasi in diverso grado di sviluppo, con piccoli infiltrati linfocitoidi, e con attiva proliferazione cariocinetica da parte delle cellule in esame.

Tali quadri non possono essere ascritti al campo dei tumori perchè, ripeto, troppo preponderante se non esclusiva è

la neoformazione a tipo granulomatoso e troppo appariscente è la varietà dell'elemento vasale.

Il risultato delle mie osservazioni, brevemente riassunte, ha dimostrato nel tessuto in esame: abbondanza di elementi cellulari varii per polimorfismo e per disposizione, sebbene tutti riconducibili ad un unico tipo (istiociti); neoproduzione abnorme dell'elemento vasale con spiccata proliferazione endoteliale e periteliale senza però eccessivo dilagare di questa fino alla costituzone di cordoni vascolari pieni, di lacune sanguigne o altro che potesse accennare caratteri di veri e propri endoteliomi; presenza di plasmazellen; infiltrati linfocitoidi sebbene in scarsa quantità; neoformazione di connettivo avverantesi secondo le modalità classiche del tessuto granulomatoso (disposto a travate grossolane con mancanza di uno squisito intreccio trabecolare continuo, come ci si è rivelato nei preparati trattati con l'impregnazione argentica, elemento, questo ultimo, di indiscutibile portata chiarificatrice per la diagnosi differenziale da i sarcomi, presenza non molto abbondante di fibre precollagene); mancanza di cellule xantomatose o xantomatodi la cui presenza (sebbene, ripeto, poche volte riscontrata dagli osservatori) avrebbe potuto far vertere la diagnosi secondo altre modalità.

Pertanto va escluso nettamente che qui si tratti di un processo a carattere neoformativo nel senso blastomatoso, giacchè le note istologiche, istogenetiche ed evolutive di questa produzione la indicano ben chiaramente come il prodotto di un processo flogistico con atteggiamenti non dubbi per le forme che si indicano come granulomatose.

La generica indicazione di granuloma, che ha così larga estensione in patologia umana e comparata e che raccoglie produzioni da elementi causali per alcune già note, per parecchie altre ancora ignorati, si riferisce a formazioni, spesso a grossolani caratteri neoplastiformi, che hanno la loro matrice più solita e comune nella proliferazione dei componenti il tessuto reticolo istiocitario: il caso che qui ho esposto ne è un tipico esemplare. Pertanto proporrei che tali tipi di neoformazione si indicassero come « istiocitomi ». Non mi na-

scondo che l'indicazione potrà apparire ancora generica, giacchè attualmente sotto questa denominazione vengono considerate produzioni diverse a carico di varii organi che restano nell'ordine dei tessuti infiammatori cronici e dei tumori; ma il termine istiocitoma appare più preciso nel senso strettamente istogenetico.

È noto che non più accolte le antiche vedute che assegnavano un'origine epiteliale al rivestimento interno delle guaine tendinee, si è oggi pressochè concordi nel riconoscere che esso risulta di una sottile membrana analoga a quella che riveste la sinoviale delle articolazioni, risultante di un tessuto fibrillare coi caratteri del sistema reticolo-istiocitario (*Franceschini*). È da tali elementi che la formazione si origina con produzione cellulare espansiva formando la tumefazione circoscritta a caratteri grossolanamente tumorali.

Per le cause stimolatrici la neoformazione non è facile orientarsi: parrebbe escluso un elemento infettivo almeno fra quelli facilmente accertabili; potrà ammettersi in linea d'ipotesi uno stimolo d'ordine traumatico, chimico (modificazione dell'ambiente umorale e alterazione del pH del liquido sinoviale) tossico, o altro, agente su gli elementi reticolo-istiocitari della regione provocandone la proliferazione fino al costituirsi della massarella nodosa con gli aspetti ormai conosciuti. Vorrei aggiungere che non credo che, a parte forme granulomatose specifiche quali ad esempio quella tubercolare, quella reumatica coi c. d. noduli di *Aschoff*, ecc., siano ancora state descritte analoghe formazioni della sinoviale articolare; ma non è improbabile che un processo simile a quello che ho descritto nella guaina tendinea (istiocitoma) possa originarsi da tale tessuto, quando su i suoi elementi costituenti, così simili a quelli tendinei, vengano ad agire quelle cause che nel tendine portano al prodursi della neoformazione istiocitaria a carattere flogistico.

In fondo, dunque, fra le neoformazioni a carattere neoplastiforme che si originano dalla guaina tendinea — oltre a veri tumori d'indole sarcomatosa, di cui fan fede fra altro l'evenienza più che di recidive locali, possibili anche per pro-

dotti infiammatori, specialmente l'evenienza di metastasi più o meno diffuse verificatesi per alcuni casi — vanno annoverate anche neoformazioni a carattere squisitamente flogistico che dal punto di vista istogenetico possono essere indicate come istiocitomi.

Le cellule a mieloplassi non rappresentano elementi specifici giacchè esse si trovano in produzioni di natura apparentemente distinta: ma caratterizzano queste speciali formazioni.

Nel tessuto osseo, particolarmente, i mieloplassi vengono ad identificarsi con la larga categoria degli osteoclasti.

Nei così detti « tumori bruni » delle ossa piatte (particolarmente i mascellari: epulide) e delle ossa lunghe, i mieloplassi costituiscono unitamente alla ricca vascolarizzazione e all'assorbimento di pigmento ematico da parte delle cellule dello stroma elementi di indiscutibile diagnosi. La comune denominazione di « sarcomi a mieloplassi » per tali forme è oggi giustamente abbandonata non essendo più considerati come forme neoplastiche ma come « granulomes de résorption » (*Roussy-Oberling*) consimili a quelli delle guaine tendinee.

Anche nell'osteite fibrosa, sia essa generalizzata che in quella localizzata, è comune il repertare elementi a mieloplassi in quantità abbondante specialmente nel tessuto connettivo fibrillare neoformato: con che risulta che la presenza del mieloplasso è abbinata generalmente al concetto di infiammazione.

Relativamente frequente questo particolare tipo di neoformazione da presentarsi nel 60-65 % dei casi riguardanti tutti i tumori delle guaine tendinee e dei tendini può essere a maggioranza considerato ad andamento benigno, sebbene esistano nella letteratura sei casi in cui si ebbero recidiva locale e metastasi e un caso in cui si ebbe diffusione generalizzata. Per il loro impianto hanno, si può dire, particolari sedi di elezione e cioè gli arti; per quelli superiori rispettivamente in ordine di frequenza le dita, la mano e l'avambraccio; per quelli inferiori le dita, i piedi (specialmente il

dorso e quivi raggiungono qualche volta dimensioni di una testa di feto), la parte inferiore della gamba.

La comparsa ed il progressivo accrescimento, di solito molto lento, è generalmente insidioso non procurando al paziente dolori particolari salvo nei casi in cui la neoformazione venga a comprimere tronchi o diramazioni nervose.

Il decorso può variare da un minimo di qualche mese ad un massimo di qualche decina di anni nè d'altra parte esiste un aumento di volume direttamente proporzionale al tempo.

Per la diagnosi occorre accertarsi che la tumefazione non si sia sviluppata a carico degli altri tessuti limitrofi (cute, sottocutaneo, muscoli, vasi, nervi, ossa) ed in qualche zona ciò può essere cosa non molto semplice data la scarsezza di spazio in cui molti elementi funzionalmente diversi debbono trovare ricetto.

L'esame radiografico sarà di grande aiuto onde poter scartare l'ipotesi di tumori a carico del sistema osseo e specialmente per quelle forme che per il loro volume si presentano all'osservatore paragonabili alle formazioni in esame (esostosi, condromi, osteomi, osteosarcomi) sebbene per queste un carattere clinico costante sia quello della loro fissità al piano scheletrico. A carico del periostio si potranno avere fibromi, lipomi, mixomi che oltre ad essere molto rari saranno di volume più considerevole e più irregolari.

Per questi tumori l'invasione della guaina tendinea avverrà già quando essi avranno raggiunto un discreto sviluppo e quindi anche il poter cogliere gli stadi iniziali già può apportare buoni elementi per una diagnosi differenziale.

Per differenziare altre affezioni di pertinenza delle guaine tendinee il compito non sarà certo sempre molto semplice.

Per quelle di natura luetica (molto rare) l'anamnesi e accurate reazioni sierologiche, la consitenza diversa (crepitazione), i limiti non molto netti; la tubercolosi sarà diagnosticabile per la precoce comparsa del dolore, dei disturbi funzionali insorgenti quando il processo di diffonde a tutta la guaina, da i caratteri della cute e dalla palpazione profonda

che metterà in rilievo la mancanza di una netta delimitazione, dal volume, ecc.

La tenosinovite fungosa colpisce prevalentemente la sinoviale ed oltre alla forma cilindrica che viene ad assumere la guaina si avranno disturbi funzionali, dolorabilità, e alterazioni fino ad atteggiamenti viziati del territorio dipendente dal tendine la cui guaina è compromessa. Anche la cute soprastante può essere alterata fino ad avere ulcerazioni e fistolizzazioni.

La sinovite ipertrofizzante pseudoneoplatica a sfondo tubercolare descritta da *Donati, Rossi, Camera,* già di per sè difficilmente diagnosticabile se non istologicamente, ha caratteri particolari propri non restando circoscritta ma avendo tendenza ad invadere la guaina tendinea e ad inglobare il tendine.

I gangli saranno riconoscibili oltre che per la loro consistenza anche per la loro tipicità di sede (lato estensorio del carpo).

I tumori veri e propri sia maligni (sarcomi fusocellulari, i più frequenti della classe, microglobocellulari, polimorfi, melanosarcomi) che benigni (fibromi, lipomi) saranno molte volte difficilmente differenziabili, sebbene per alcuni di essi, quali il lipoma, possa essere di aiuto la particolare consistenza alla palpazione data dal tessuto adiposo, per il fibroma la durezza, la piccolezza e la stazionarietà. Per il lipoma arborescente (*Müller, Strauss, Brandao Fihlo,* ecc.), varranno la simmetria dell'affezione, l'aderenza con i tendini, con frequente menomazione funzionale, spesso l'insorgenza del dolore, la molteplicità dei lobuli grassosi apprezzabili con la palpazione, la delimitazione non netta.

Per i tumori maligni il decorso più rapido può avere importanza. Nè l'invocare la presenza di metastasi può essere elemento discernitore dato che rarissimamente esse si hanno sia nelle linfoghiandole che nei visceri.

La cura di tali affezioni dovrà essere soltanto chirurgica.

Ulteriori controlli saranno necessari e al primo accenno

di recidiva o metastasi si dovrà procedere secondo i dettami imposti dal comune trattamento chirurgico dei processi neoplastici maligni.

(*Dall' « Istituto di Patologia Cihurgica » della R. Università di Milano, diretto* dal Prof. GIOVANNI CASTIGLIONI).


## RIASSUNTO

L'A. espone un caso di tumore insorto dalla guaina tendinea del pollice della mano sinistra in individuo di 35 anni.

Discute le varie interpretazioni a volta a volta date dai singoli AA. a queste neoformazioni stabilendo che esistono due forme di attività neoformativa del tessuto delle guaine tendinee: una, neoplastica tumorale a carattere sarcomatoso; l'altra, come la sua, con tipiche strutture flogistiche.

Si sofferma sul significato dei singoli elementi costituenti la neoformazione e più specialmente sui grossi elementi indicati come cellule a mieloplassi e ritiene che produzioni analoghe al suo esemplare debbano essere indicate come « istiocitomi » giacchè questa indicazione corrisponde più esattamente alla loro istogenesi.


## BIBLIOGRAFIA


AGRIFOGLIO: « Ann. It. di Chir. », 1928.
BERTI: « Tumori », 1924.
CASTIGLIONI: « Arch. Ist. Biochimico It. », 1932.
CRUCILLÀ: « La Clinica Chir. », 1914.
DURANTE: « La Chirurgia degli Org. di Movim. », 1923.
FALDINI: « La Chirurgia degli Org. di Movim. », vol. XII.
FERRERO: « Minerva Medica », 1926.
HERTAUX: « Arch. Gen. de Méd. », 1891.
LENZI e ABETTI: « La Clinica Chir. », 1909.
MARIO: « Tumori », anno XIII.
PAOLUCCI: « Ann. It. di Chir. », 1929.
ROMITI: « Arch. It. Chir. », 1925, vol. XII.
SALICI: « Ann. It. di Chir. », 1930.
TALBOT: « Revue de Chirurgie », 1928.

*N.B.* – Per la bibliografia completa sull'argomento vedi i lavori di AGRIFOGLIO, BERTI, LENZI e ABETTI.